

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

16

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Gilbert SCHNECK-ROSENFELD

né le 23 décembre 1932 à Schiltigheim (Bas-Rhin).

Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

LES LOCALISATIONS STOMATOLOGIQUES

DE L'HEMANGIOPERICYTOME

Président :

Mr. M. DECHAUME,

Professeur

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Gilbert SCHNECK-ROSENFELD

né le 23 décembre 1932 à Schiltigheim (Bas-Rhin).

Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le



LES LOCALISATIONS STOMATOLOGIQUES
DE L'HEMANGIOPERICYTOME

Président :

Mr. M. DECHAUME,

Professeur



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quènu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR } Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR } Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon
	Cochin
	Cochin
	Hôtel-Dieu
	Pitié
	Saint-Antoine
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	Salpêtrière
	Tenon
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique endocrinologique (Pitié)	MATHEY (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	DECOURT (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	LAMY (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	MARGHAL (G.)
Cliniques médicales	CASTAIGNE (P.)
	Bouciout
	Broussais
	Cochin
	Cochin
	Hôtel-Dieu
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
	MILLIEZ (P.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	LENÈGRE (J.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	BROUET (G.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	BAIÉTY (M.)
Cliniques obstétricales	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	KOURILSKY (R.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	DEBRAY (C.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	GENNES (L. de)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	DEROT (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	DAVID (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	GARCIN (R.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	LACOMME (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	MERGER (R.)
Clinique stomatologique (Pitié)	VARANGOT (J.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	RENARD (G.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	AUBRY (M.)
Clinique toxicologique	LELONG (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	MARIE (J.)
Sémiologie médicale	BERNARD (E.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	MICHAUX (L.)
Clinique urologique (Necker)	COSTE (F.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	DECHAUME (M.)
	ROUX (M.)
	LEMAIRE (A.)
	GAULTIER (M.)
	PADOVANI (P.)
	DOMART (A.)
	POILLEUX (F.)
	COUVELAIRE (R.)
	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (G.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) GHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.) BARBIER (P.) pr. s. ch.	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BAILLET (E.), m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.)	Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBA (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) CAUDARY d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.) BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHT (G.)
Carcinologie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) LEDoux-LEBARD (G.) BESSIS (M.) BILSKI-PASQUET (G.)		AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (G.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Dermato-Syphiligraphie	DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.) COWARD (R.), pr. s. ch.		
Electro-Radiologie	MAROT (M.) RACADOT (J.) BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hématologie	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)		
Histologie	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)	Pathologie médicale	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICCONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Hygiène	PERTUISET (B.) LAPRESLE (J.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)		
Maladies infectieuses	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		
Médecine légale			
Médecine du travail			
Neuro-chirurgie			
Neurologie			
Obstétrique			
Ophthalmologie			

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie.	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile.	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale.	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique.	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie.	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE { BOLTANSKI (E.) LAUNAY (G.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal.	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaire	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Ma Femme

A Mon Fils

a qui je dédie cette thèse,

A Mes Parents

le gage modeste de toute ma reconnaissance
et de mon affection,

A Tous les Miens

A Mes Amis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552222_0010

A Monsieur le Professeur Michel DECHAUME

- Membre de l'Académie de Médecine,
- Professeur de clinique stomatologique
à la Faculté de Médecine de Paris.
- Stomatologiste de l'hôpital de la Salpêtrière.
- Officier de la Légion d'Honneur.
- Médaille Militaire.
- Croix de Guerre 1914-1918.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici le
témoignage de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Agrégé CERNEA

Stomatologiste des hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Nous lui devons le sujet de cette thèse et il
a bien voulu nous aider dans sa réalisation.

En hommage de profonde reconnaissance
pour l'enseignement dont il nous a fait
bénéficier dans son service, avec une
bienveillance jamais démentie.

Qu'il soit assuré de notre profonde
gratitude et de notre très grand dé-
vouement.

A Monsieur le Professeur Agrégé CREPY

Stomatologiste des hôpitaux de Paris

pour des conseils éclairés et bienveillants
qu'il nous a prodigué.

A Monsieur le Docteur Lucien LEBOURG

Stomatologiste de l'hôpital Beaujon

qui fut notre premier Maître dans la spécialité.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean VILENSKY

Stomatologiste de l'hôpital Lariboisière

En témoignage de notre gratitude pour l'accueil
si bienveillant qu'il nous a réservé dans son
service.

A Madame le Professeur Agrégé A. CHAPUT

Stomatologiste des hôpitaux,

A Monsieur le Docteur CAUHEPE

- Stomatologiste des hôpitaux
- Chef de Travaux Pratiques à la Faculté,

A Monsieur le Docteur Jean BARD

Stomatologiste des hôpitaux

A Monsieur le Docteur CAYRON

Stomatologiste des hôpitaux

A Monsieur le Docteur PAYEN

Biologiste-assistant des hôpitaux de Paris
avec mes vifs remerciements pour les
conseils qu'il m'a prodigué.

A Monsieur le Docteur P. CHIKHANI

Stomatologiste-assistant des hôpitaux,

A Monsieur le Docteur MAZZA

Stomatologiste-assistant des hôpitaux,

A Mes Maîtres dans les hôpitaux de Paris.

- Professeur Agrégé P. ABOULKER
- Professeur Agrégé MEYER
- Docteur LAYANI
- Docteur WEIL
- Docteur VARNAY

chez qui nous avons effectué notre externat
et que nous voulons remercier de leur
enseignement.

Au Professeur BARGETON

Qui nous a accueilli dans son laboratoire de
physiologie et nous a permis d'y travailler.

Avec notre profonde gratitude.

Au Professeur Agrégé ORCEL

Qui nous a accueilli dans son laboratoire d'ana-
tomie pathologique et nous a familiarisé avec sa
spécialité.

Avec notre profonde gratitude.

A Mes Maîtres de l'Institut de Stomatologie.

A Mes Camarades de l'Institut de Stomatologie.

INTRODUCTION

L'hémangiopéricytome est un enfant de la guerre, ce qui explique le relatif silence qui a suivi la communication princeps de STOUT et MURRAY en 1942, et son ignorance en Europe jusqu'à ces dernières années.

Cette tumeur, isolée par les auteurs américains du vaste cadre des tumeurs angiomateuses, paraît bien définie dans sa nomenclature.

Elle est à trois composantes :

- 1°) de nombreux capillaires,
- 2°) des cellules péricapillaires, fusiformes ou arrondies, les péricytes,
- 3°) un stroma.

Malgré ce cadre assez strict, sa définition assez précise, sa formule histologique indiscutable, le diagnostic d'hémangiopéricytome est le plus souvent une surprise pour le clinicien ou l'histologiste.

En effet, par sa localisation ubiquitaire, sa physionomie clinique dénuée de toute spécificité, son apparition à tous les âges de la vie, son évolution variable, de la parfaite bénignité jusqu'à la malignité foudroyante, on comprendra que l'accord ne soit pas encore fait.

- sur la conception
- sur la signification
- sur l'attitude thérapeutique à son égard
- sur l'individualité de l'hémangiopéricytome

et pourtant, il existe, et son diagnostic présente un intérêt certain, quand on sait que l'hémangiopéricytome possède une agressivité locale fréquente, qu'elle récidive dans 21% des cas,

- qu'elle donne des métastases dans 12, 7 % des cas.

Une excellente revue générale a été faite en France par Messieurs MARTIN, FEROLDI et CABANNE et par Monsieur SIMARD dans sa thèse ; aussi notre propos, à l'occasion d'un cas récent observé dans le service de notre Maître, le Professeur agrégé CERNEA, sera de grouper les quelques observations de localisations stomatologiques de la littérature de ces vingt dernières années, pour tirer de leur étude anatomique et clinique des éléments qui pourraient conduire vers un diagnostic souvent méconnu.

La pathologie buccale et péri-buccale est très riche, mais, on le sait, assez monomorphe ; nous serions heureux que notre travail modeste puisse orienter le spécialiste vers le diagnostic d'une tumeur, dont on a pu dire que c'était la tumeur la plus souvent confondue avec d'autres.

L'observation que nous présentons, n'a pas échappé à cette règle.

oOo

HISTORIQUE

Dès le début du siècle, de nombreux auteurs ont émis l'hypothèse de néoformations ayant pour origine les cellules des parois vasculaires.

Sans que le problème de leur histogenèse ne soit résolu, nombreuses furent les publications traitant sous les dénominations les plus variables de tumeurs périthéliales.

- périthéliome
- sarcome périvasculaire, sarcome adventitial, adventitiome, hémangiopérithéliome, angiosarcome périthélial.

C'est en 1924 que P. MASSON individualisa une tumeur d'origine périvasculaire certaine, la tumeur glomique.

C'est en 1942 que A. P. STOUT et sa collaboratrice M. MURRAY, s'appuyant d'ailleurs sur les travaux de MASSON isolèrent d'un groupe de 691 tumeurs angiomateuses, 9 tumeurs qui ne leur paraissaient pas pouvoir entrer dans les classifications habituelles.

Ces 9 tumeurs avaient pour caractères communs :

- 1 - d'être formés de nombreux capillaires
- 2 - de contenir dans un stroma plus ou moins abondant
- 3 - des cellules arrondies ou fusiformes entourant les capillaires.

Ces auteurs avaient déjà, par des cultures des tissus, conclu à la filiation de la cellule épithélioïde du glomus de MASSON, à partir d'une cellule péricytaire capillaire décrite par ZIMMERMANN en 1923, cellule contractile, appelée péricyte et capable de se modifier et de proliférer sous un aspect épithélioïde.

STOUT & MURRAY furent frappés par l'analogie morphologique entre

- la cellule épithélioïde glomique et la cellule arrondie
- la cellule fusiforme et le léiomyocyte.

Ils émirent l'hypothèse que ces cellules fusiformes ou arrondies étaient également des péricytes de ZIMMERMANN modifiés et proposèrent d'appeler cette tumeur :

hémangiopéricytome

en l'intégrant dans un cadre tumoral plus étendu, celui des tumeurs des péricytes.

Le glomus étant une tumeur plus complexe, pourvue également d'éléments nerveux

- l'hémangiopéricytome étant sa forme la plus simple.

Nous avons déjà souligné le destin de cette affection, qui n'intéressa pas, semble-t-il, immédiatement le public médical, puisqu'en 1949, sept ans après son individualisation STOUT ne faisait état que de vingt cinq cas nouveaux mais dès lors, les publications se multiplient, et il ne se passe d'année sans apporter des cas nouveaux, des localisations inédites, sans toutefois qu'on n'ait pratiquement apporté de modifications à la conception de STOUT.

En 1954, GALLIVAN isole quatorze cas trouvés dans les coupes de trois cents cinquante tumeurs qui ont été revues.

En France, c'est en 1955, que MARTIN, FEROLDI et CABANNE publient la première revue générale avec deux cas personnels.

En 1957, Lièvre et Mme Lièvre publient une intéressante étude de l'hémangiopéricytome de l'os.

Enfin, en 1960, Cl. SIMARD dans sa thèse qui devra faire autorité, et auquel nous nous sommes référés, en ce qui concerne l'étude anatomique, donne pour la première fois une étude critique de la conception de STOUT et propose une conception histogénique plus large.

Il considère l'hémangiopéricytome comme une variété spéciale des tumeurs du mésenchyme, tumeur histiocytaire qu'une prolifération vasculaire concomittante ou compensatrice, inclinerait à une différenciation péricytaire plus ou moins forte, et il cite

à l'appui de sa thèse, un cas de Mrs. LIARAS et LAFFARGUE constatant dans un cas de tumeur gastrique, la juxtaposition de deux sortes de tissus ; angiomateux et péricytaire d'une part, histiocytaire d'autre part, avec toute une gamme de transition entre les deux.

Il est difficile de faire le compte exact des observations publiées à ce jour, mais STOUT en 1960 en avait dénombré trois cent vingt, et il est certain que l'intérêt pour cette tumeur va croissant, et que les publications iront se multipliant, d'autant plus qu'il n'existe pratiquement pas de spécialité qui ne voit de localisation dans son domaine.

Pour en montrer le caractère ubiquitaire, nous empruntons à STOUT les chiffres donnant un aperçu de la fréquence relative des principales localisations.

Sur 207 cas : (en 1956)

Thyroïde	1	Bucco-pharynx	6	Utérus	16
Orbite	5	Foie	3	Sein	2
Oeil	1	Glandes salivai-	2	Sein	1
Méninges	3	res		Ovaire	1
Cerveau	1	Mediastin	5	Vulve)	
Estomac	8	Larynx)	3	Vagin (	3
Intestin	4	Trachée (		Prostate	2
Rétropéritoine	21	Plèvre	1	Mains	12
Epiploon		Poumons	1	Bras	
		Cavité buccale)	2	Avant-bras }	10
Jambe)		Sinus (		Pied	4
Cuisse (	46			Scalp)	5
Fesse)		Dos	9	Oreille (	
		Thorax)	10	Os	5
		Paroi abdomina-			
		le	7		
		Cou	7		
		Face	7		

Ce tableau fait ressortir les localisation les plus fréquentes

- RETROPERITOINE)
- EPIPLOON (21 - UTERUS 16
- MEMBRE INFERIEUR 46 - MEMBRE SUPERIEUR 22

Nous nous proposons l'étude particulière des localisations que le stomatologiste est amené à rencontrer. D'emblée en se référant au tableau de STOUT, on voit que le pourcentage en est faible.

- Cavité buccale 6 cas, dont 3 cas de la langue.
- Glandes salivaires 2 cas -
- Cou 7 cas -

Ce qui donne 15 cas sur 207 - (en 1956).

La première observation d'hémangiopericytome de la cavité buccale figurait, d'ailleurs, dans les neuf cas princeps de STOUT, et concernait un hémangiopéricytome de la langue.

Il nous a été difficile de réunir des observations détaillées, les localisations buccales étant le plus souvent simplement signalées.

- En 1958, DINGMAN publie un cas du menton et de la région malaire.

- En 1959, J. SMALL et BLOOM publient un cas du plancher de la bouche.

- En 1960, KAUFMAN et STOUT signalent chez l'enfant :

- un cas de la lèvre.
- deux cas de la langue, dont un métastatique.

- En 1960, GUILMOTO, MOLARET et J. L. CAPDEVIELLE publient le premier cas français d'hémangiopéricytome de la langue.

- En 1961, ANDERSON rapporte un cas de la gencive.

OBSERVATION CLINIQUE

L'enfant M... Lysiane, âgée de 12 ans et demi, habitant Drancy, est adressée par le service du Dr. Barcat, le 30 avril 1963, pour une tuméfaction de la voûte palatine.

HISTOIRE DE L'AFFECTION.

Le début clinique remonte à 1 an et demi environ ; tuméfaction augmentant très lentement, ne gênant pas l'enfant, n'entraînant aucune douleur, ne présentant pas d'hypersensibilité au chaud ou au froid, aux mets épicés ; n'ayant jamais entraîné ni hémorragie, ni suppuration.

Ce n'est que depuis quelque temps, que l'enfant éprouve une certaine gêne dans les mouvements de la langue, gêne provoquée par l'accroissement de la tumeur.

Cette évolution s'est faite sans signes d'accompagnement, sans syndrome général, la croissance, l'appétit et le sommeil de l'enfant sont normaux.

L'examen découvre sur toute la surface de l'hémi-voûte palatine gauche de G3 à G7, une tuméfaction en verre de montre, ferme, rénitente, absolument indolore, de 2,5 cm. de diamètre, recouverte d'une muqueuse normale.

On note, entre la tumeur et l'arcade dentaire, un cuspide de la 2ème prémolaire en rétention.

Le reste de l'examen dentaire note les premières molaires inférieures droites et gauches cariées, et une carie sur d V avec une fistule vestibulaire. Par ailleurs, le reste de l'examen régional est normal :

- pas d'adénopathies
- pas de sinusite
- pas de douleur à la pression des points de Valleix

- pas de signe de Vincent
- l'état général est bon
- pas d'antécédents notables, si ce ne sont les classiques maladies de l'enfance.

Au total : petite fille de 12 ans et demi ; présentant une tuméfaction en verre de montre de la voûte palatine, évoluant depuis 1 an et demi, sans aucun signe d'accompagnement.

Le seul élément clinique à rapprocher, est la présence d'une prémolaire adjacente en désinclusion.

Plusieurs diagnostics pouvaient évidemment être retenus, car la pathologie de cette région est assez monomorphe :

- tumeur mixte des glandes accessoires de la voûte.

la ponction de la tumeur se révéla blanche ; et ne retira pas de liquide.

- pour cette raison, on élimine un angiome de la voûte
- tous les diagnostics d'élimination peuvent être évoqués :

- Epithélioma ou Sarcome.
- Granulome éosinophile.
- Plasmocytome isolé de la voûte.
- Papillome ou lipome.

Finalement, l'hypothèse la plus plausible était celle de kyste coronodentaire ou folliculaire.

Sur les radiographies rétro-alvéolaires et en incidence de Belot, on mettait en évidence une image radio claire, kystique, dont on pouvait logiquement rattacher l'origine à l'existence d'une deuxième prémolaire incluse.

En fait, la conviction n'était pas faite sur ce diagnostic, et dans la lettre de réponse au médecin-traitant, il n'était évoqué que comme l'hypothèse la plus logique. C'était sur l'intervention que l'on comptait pour la certitude.

Nous verrons qu'en cours d'intervention même, on a pu hésiter encore sur le diagnostic.

Les examens de la crase sanguine étant normaux, l'état général étant bon, l'exérèse est fixée pour le 7 mai 1963.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE (Docteur Mazza).

Sous anesthésie loco-régionale, incision linéaire antéro-postérieure au sommet de la tuméfaction palatine, et énucléation facile d'une néoformation arrondie, homogène, bleuâtre, apparemment encapsulée, très facilement clivable, du volume d'une grosse noix. Cette formation a lysé la voûte palatine en cupule à ce niveau.

Deux points retiennent l'attention :

- 1° cette néoformation est indépendante de la dent incluse,
- 2° elle est pédiculée, et son pédicule s'enfoncé dans le canal palatin postérieur.

Ce pédicule fait alors envisager l'hypothèse d'un kyste du canal palatin post. tel que les a décrits Bouyssou et qui seraient des équivalent des kystes du canal naso-palatin, mais c'est l'examen histologique qui révélera sa vraie nature.

L'intervention est complétée par l'extraction de G5 en malposition.

Rapprochement de la muqueuse à la soie.

COMPTE-RENDU HISTOLOGIQUE (Docteur Payen).

Les pélèvements effectués à partir de cette pièce opératoire intéressent une formation nodulaire assez volumineuse, parfaitement bien limitée en périphérie par une capsule conjonctive.

Cette formation renferme de très nombreux capillaires de structure histologique normale, mais qui sont situés dans une prolifération conjonctive dont les éléments sont tantôt fusiformes, tantôt hystiocytaire.

Ces éléments représentent une nappe assez diffuse, parcourue de fines travées de substance fondamentale collagène.

Ceci permet de conclure à la présence d'un hémangiopéricytome.

La nature de cette tumeur, le plus souvent bénigne, doit cependant faire conseiller par prudence la surveillance de la malade, car des récidives sont parfois observées.

A noter :

en un point de cette tumeur, on remarque une volumineuse artère coupée sous plusieurs incidences, entourée d'éléments nerveux.

Sa paroi est épaissie et semble correspondre au pédicule.

Les suites opératoires : La petite malade sort 4 jours plus tard. Elle sera revue en malade ambulatoire.

Les suites sont simples, mais il faut toutefois noter la longueur de la cicatrisation. Un mois plus tard, il persiste encore un pertuis central, limité par les bords de la muqueuse qui sont ourlés à ce niveau.

La cicatrisation n'était terminée que le 26 juin, c'est-à-dire 7 semaines après l'intervention.

4 mois après l'intervention, il n'y a pas de récurrence.

Nous continuons à surveiller cette malade.

Quelques remarques s'imposent au sujet de cette observation.

- 1°) la lenteur et l'indolence de l'évolution de cette tumeur.
- 2°) l'impossibilité dans laquelle nous avons été de faire le diagnostic cliniquement.
- 3°) la rétention de la 2ème prémolaire gauche est sans doute à mettre sur le compte de l'évolution de l'hémangiopéricytome.
- 4°) l'existence d'une lyse osseuse de la voûte palatine, fait déjà rapporté au niveau de la voûte crânienne pour les hémangiopéricytomes du cuir chevelu et qui doit être mis sur le compte de la situation de la tumeur entre deux plans inextensibles.
- 5°) la présence d'un pédicule, centré sur les vaisseaux du canal palatin postérieur, et dont la section loin dans le canal peut faire augurer du bon pronostic ultérieur.

CARACTERES GENERAUX

FREQUENCE.

L'hémangiopéricytome n'est certes pas une tumeur fréquente.

STOUT et MURRAY avaient isolé en 1949, 9 cas sur 691 tumeurs angiomateuses.

MAC CORMACK et GALLIVAN en 1954 trouvent 14 cas sur les coupes de 360 tumeurs qu'ils ont revues.

STOUT en 1960 a dénombré 320 cas.

Un dénombrement actuel nous paraît devoir augmenter ce chiffre; à 350 avec les réserves qu'il faut naturellement formuler sur certaines observations.

FERGESON et CLAGETT par exemple classent les hémangiopéricytomes dans les mêmes cadres nosologiques et statistiques que les tumeurs glomiques.

AGE.

Tous les âges peuvent être intéressés. Depuis la naissance jusqu'à l'ultime vieillesse.

Le cas de STOUT et CASSEL est devenu classique pour détenir 2 records.

- hémangiopéricytome de l'épiploon chez un homme de 92 ans découvert à l'autopsie et connu depuis 60 ans.

La plupart des cas sont signalés chez l'adulte.

La connaissance des cas dits congénitaux sont d'un intérêt pratique, car il s'y attache classiquement un pronostic favorable.

STOUT et KAUFMAN dans une étude récente évaluent à 10% le pourcentage des cas chez l'enfant.

SEXE.

On ne signale pas de différence entre les sexes, la tumeur atteint l'homme et la femme dans des proportions comparables.

RACE.

Pas de différence entre race blanche et noire selon les auteurs américains.

CAMAIN et QUENUM relatent un cas chez un africain dont le tableau clinique est absolument superposable à ceux décrits chez les blancs.

PATHOLOGIE COMPAREE.

Les observations rapportées concernent surtout le chien, MULLIGAN, GORLIN, STOUT, chez le rat, BERDJIS a vu et suivi des hémangiopéricytomes développés sur 4 rats IRRADIES après 70 passages. Les caractères sont superposables aux cas humains ; la seule particularité étant la fréquente fistulation à la peau, fait inconnu chez l'homme et le chien (un seul cas fistulisé, de FALLERT, dans la littérature). - Un cas de YOST et JONES de la mamelle d'une vache.

LOCALISATIONS :

Nous avons déjà insisté sur le caractère ubiquitaire de l'hémangiopéricytome. Il atteint tous les organes et si les premières observations concernaient des localisations sous-cutanées, les travaux ultérieurs rapportent des localisations profondes et viscérales.

Nous avons déjà fait état d'un tableau de STOUT portant sur 207 cas, qui faisait ressortir la fréquence particulière de certaines localisations :

membres inférieurs	50 cas	)	
membres supérieurs	22 cas	(	
retro-péritoine mèn-	) 21 cas	)	sur 207 cas.
sentère et épiploon	(	(	

soit près de 50% pour ces 3 localisations.

En ce qui concerne les localisations buccales et péribuccales, on peut estimer leur fréquence à environ 5% des cas rapportés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I - ASPECT MACROSCOPIQUE

L'aspect macroscopique de l'hémangiopéricytome est des plus variables et ne possède aucune particularité susceptible de signer un diagnostic.

- Tumeur le plus souvent bien limitée, ferme et dure au toucher ou molle et friable, parfois d'allure kystique.

- Nettement encapsulée, paraissant lisse, unilobée ou au contraire formée de nodules multiples confluent ; ces formes étant surtout le fait des localisations cutanées.

- La capsule peut être partielle ou absente, la tumeur infiltrant alors les tissus environnants.

- De taille en général modérée, d'une lentille à quelques centimètres.

- 16 cm. dans un cas de Kay et Warthen
- 20 cm. dans un cas de WISE.

- Les formes de grand volume sont le plus souvent de localisation profonde à évolution plus longue ; ce n'est pas habituellement le cas des localisations stomatologiques. Dans ce domaine la tumeur attire vite l'attention par sa seule présence.

- De couleur variable, et peut-être en rapport avec la réplétion sanguine des capillaires (WISE), allant de la "tumeur bleue" au gris-blanchâtre ou jaune.

- Signalons dès à présent l'existence fréquente d'un pédicule, signalé dans les localisations des voies digestives (KAY, WARTHEN, REBOUD), pédicule évident dans notre observation, et élément certainement à retenir pour la technique chirurgicale.

- A la coupe.

Ce n'est que rarement que l'aspect télangiectasique et la teinte rouge font évoquer une tumeur vasculaire.

Le parenchyme est en général dense, entrecoupé de travées fibreuse irrégulières, contenant des vaisseaux à lumière dilatée.

De couleur habituellement gris-blanchâtre, il possède à l'occasion une "Tan-Color", que GALLIVAN et MAC CORMACK considèrent comme caractéristique.

Dans certains cas, ces plages, de structure monotone, sont remaniées par des zones de nécrose et d'hémorragie avec parfois des pseudo-kystes ou des calcifications.

Cette description est, certes, peu évocatrice et, de fait, ce n'est que l'histologiste, qui affirmera la nature de cette néo-formation.

Avant d'en examiner l'aspect microscopique, il nous paraît utile de présenter, en une rapide étude, le péricyte, cellule qui fait l'originalité de la tumeur.

II - LE PERICYTE

C'est Zimmermann, qui décrivit en 1923, dans l'adventice des capillaires sanguins des vertèbres, depuis les terminaisons artérielles jusqu'aux origines veineuses, des cellules, qu'il suppose contractiles et qui offrent de multiples formes de transition avec les léfomyocytes ou fibres musculaires lisses.

Le cytologiste suisse baptisa ces cellules = PERICYTES.

Ces péricytes possèdent un noyau, en général arrondi, et un cytoplasme plus ou moins abondant, dénué de myofibrille, et émettant de fins prolongements anastomotiques autour des tubes capillaires.

Ces cellules sont à rapprocher des cellules contractiles décrites par ROUGET en 1873, par KROGH et VINTROP en 1928, et sans doute des cellules rameuses isolés par RENANT dans la couche périvasculaire des capillaires.

Le péricyte est doué de la particularité de se modifier selon les conditions qui lui sont faites, conditions d'irrigation, d'oxygénation, de culture et aussi selon l'importance et la fonction du capillaire qu'il entoure.

Entre 1925 et 1940 CLARKE et CLARKE, par leur méthode d'inclusion de chambre dans l'oreille d'un lapin, étudient le pouvoir contractile de cellules de ROUGET.

En 1942, STOUT et MURRAY, par la méthode de culture des tissus, montrent que la cellule épithélioïde du glomus de MASSON correspond sans doute à un péricyte modifié, capable de reprendre en culture sa morphologie péricytaire ancestrale.

En 1958, DEROM, SEBRUYN, DE GROODT, LAGASSE ont pu suivre au microscope électronique, une série de formes de passage entre le péricyte et la fibre musculaire lisse.

En 1960, L'école du Professeur DELARUE, par la thèse de son élève SIMARD, fait une étude critique de l'histogenèse du péricyte, et conclut à l'origine histiocytaire primitive de celui-ci.

III - ARCHITECTURE HISTOLOGIQUE.

- Correspond à celle d'une tumeur vasculaire.

Schématiquement, elle se ramène à l'association de trois composantes de base :

- 1°) capillaires sanguins normaux.
- 2°) péricytes de formes diverses, cellules arrondies ou cellules fusiformes.
- 3°) stroma conjonctif de type banal.

On comprend que la prédominance de l'un ou l'autre de ces éléments de base induise des formes architecturales différentes, dont il est intéressant de faire l'étude analytique.

Il est un fait d'ailleurs remarquable, c'est l'homogénéité morphologique de chaque hémangiopéricytome considéré isolément.

Les capillaires sont de type adulte, à lumière vide ou remplie d'hématies, à revêtement endothélial normal, reposant sur une base collagène mince, nettement mise en évidence dans les colorations réticuliniques à l'argent.

Il existe des zones où l'on ne peut mettre en évidence aucun capillaire, et ce fait est interprété par STOUT comme une "disparition", se fondant sur le caractère sporadique de cet aspect dans une tumeur donnée.

Le revêtement endothélial est toujours intact, et continu.

Parfois, il peut proliférer. Ses cellules hypertrophiées de forme variable, parfois en mitose, font saillie dans la lumière.

De façon exceptionnelle (observation de WISE), la lumière est oblitérée par un thrombus en voie d'organisation ou par une sclérose massive.

STOUT et MURRAY ont pu trouver des travées cellulaires pleines, limitées à leur périphérie par un grêle réseau réticulinique et qu'ils interprètent comme des bourgeons angioblastiques non encore cavitaires.

Ces organisations vasculaires sont isolées les unes des autres dans le stroma conjonctif, ou groupées en amas de trois ou quatre ou plusieurs dizaines de capillaires parallèles, mais toutes, elles sont accompagnées, entourées de cellules tumorales péricapillaires, d'aspect protéiformes. Deux types sont pourtant nettement isolés.

1°) cellules rondes, à limites nettes, à cytoplasme clair, à noyau petit et rond, assez chromophile, contenant habituellement un seul nucléole,

Ce sont elles qui sont comparables aux cellules épithélioïdes décrites par MASSON dans les glomi-neuro-myo-artériels.

2°) le deuxième type est constitué de cellules allongées, fusiformes, à noyau central vésiculeux. Le cytoplasme est abondant, acidophile, prenant une texture granuleuse, ou parfois contenant des fibrilles protoplasmiques parallèles, d'un pôle à l'autre de la cellule, comme les myofibrilles d'un léfomycyte qui serait immature.

En fait, nombreux sont les hémangiopéricytomes qui ne possèdent pas un aspect histologique aussi tranché, et les péricytes empruntent les physionomies les plus diverses parmi lesquelles se reconnaissent tous les intermédiaires entre ces deux types principaux.

A ce polymorphisme cellulaire, correspond d'importantes variations dans l'agencement des cellules, réalisant soit une architecture vasculaire aérée, sur laquelle ont insisté MARTIN FEROLDI et CABANNE, ou au contraire, et semble-t-il plus fréquemment selon STOUT une architecture massive, dont la structure vasculaire exige pour être reconnue une imprégnation argentine de WILDER.

Du point de vue histochimique, les études de coloration recherchant les éventuelles substances intra-cellulaires ont été négatives.

- ni glycogène (BANGLE)
- ni lipides, ni phosphatases acides ou alcalines (FISCHER), KAUFMAN et MASSON, puis MACK CORMACK et GALLIVAN.
- ni pigments ferriques (SIMARD)
- enfin la coloration au rouge neutre s'est révélé négative.

Le stroma correspond à un tissu conjonctif commun, abondant, lâche, oedematié et renforcé de travées fibreuses. Dans les formes vasculaires, il contient des artérioles et des veinules normales, pouvant voisiner avec des lobules adipeux.

Dans les formes massives, il se réduit à quelques travées de tissu conjonctif, lobulant les plages cellulaires.

Il est souvent infiltré de cellules libres polynucléaires neutro ou éosinophiles, lymphocytes, plasmocytes, histiocytes, parfois en fonction macrophagiques à l'égard des pigments d'hémossidérine.

Dans certain cas, ce stroma devient dense, scléreux ou s'imprègne de sels calcaires.

L'expérience et les descriptions des auteurs permettent de souscrire à la classification que reprend SIMARD, et de différencier trois formes principales.

1°) une forme angio-myomateuse, la majorité des cellules sont fusiformes.

2°) une forme pseudoglomique, répondant à une majorité de cellules rondes

3°) une troisième variété, la plus fréquente, qu'on peut appeler mixte, formée de cellules de transition.

Signalons également une observation de DELARUE, dont les particularités cliniques, et histologiques, permettraient d'individualiser une forme pseudo-granulomateuse.

On conçoit aisément à la suite de cette brève étude histologique, la difficulté fréquente que rencontre l'histologiste, et l'absolue nécessité de pratiquer une imprégnation de WILDER, comme y insistent MAC CORMACK et GALLIVAN, ou les différents trichromes pour identifier le schéma constitutif de base de ces tumeurs.

Une autre difficulté apparaît vite dans l'étude histologique de l'hémangiopéricytome, c'est celle de son pronostic histologique.

PRONOSTIC HISTOLOGIQUE.

Il faut d'abord signaler la quasi-impossibilité d'affirmer le pronostic. L'hémangiopéricytome répond bien en cela à son appartenance au vaste cadre des tumeurs mésenchymateuses.

STOUT lui-même a insisté sur l'intérêt de pallier cette carence de l'histologie par les données cliniques que nous serons appelés à signaler.

Certes, il est fréquent de constater une évolution clinique qui confirme l'impression de bénignité d'une structure tumorale, à cellules régulières, non mitotiques ; ou de constater des récidives déjà annoncées par la prolifération des éléments tumoraux, et la diffusion périphérique en tissu sain.

Il existe, bien sûr, des stigmates indiscutables de malignité, et les auteurs ont insisté sur les mitoses anormales, les cellules anaplasiques et monstrueuses à noyaux bourgeonnants, sur les plages de nécrose et d'hémorragie, d'envahissement de voisinage, et même d'embolies vasculaires de cellules néoplasiques. Mais, ce n'est pas un des moindres paradoxes de cette curieuse tumeur que ces observations décrites par plusieurs auteurs et STOUT lui-même (observation n°9 du mémoire princeps), dans lesquelles, les hémangiopéricytomes se comportent comme des tumeurs hautement malignes, donnant des récidives, et entraînant la mort, alors que les études histologiques les plus minutieuses n'ont jamais pu déceler le moindre signe de malignité aussi bien dans les tumeurs primitives que dans les récidives.

Inversement MAC CORMACK et GALLIVAN relatent des formations cliniquement et cytologiquement bénignes et formées pourtant de nodules capillaires néo-formés infiltrant largement l'atmosphère conjonctivo-adipeuse de voisinage.

On conçoit que la rareté des hémangiopéricytomes, la difficulté d'établir un pronostic avec certitude doivent incliner à ne poser ce diagnostic qu'avec circonspection.

Ce diagnostic, souvent méconnu dans le lot des formations de morphologie voisine, risque à présent, d'être porté

avec excès, aussi, nous semble-t-il utile d'exposer, dès à présent, quelques éléments de Diagnostic différentiel.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Ce diagnostic est essentiellement d'élimination, et STOUT ne conseille de le porter "qu'en désespoir de cause". A côté des données histologiques doivent toujours être portées des notions cliniques et surtout topographiques.

Ce diagnostic se discute différemment selon la prédominance architecturale de la tumeur, selon son aspect aéré, vasculaire, ou massif, cellulaire.

Le maximum de difficulté est réalisé dans ces derniers, et d'emblée, les auteurs soulignent l'impérieuse nécessité de ne prendre en considération que les tumeurs dont la structure de base, appréciée par les colorations à l'argent, sont proches de l'hémangiopéricytome.

Ces aspects sont réalisés par le groupe des néoplasmes endocriniens, facilement éliminés par les arguments cliniques ou topographiques, ou dans les tumeurs osseuses réalisant les sarcomes d'EWING.

Leur capillarisation est souvent très abondante et parcourt un symplasme granuleux à noyaux pâles, ou une évolution endothéliale avec tubes vasculaires, peut se voir.

Le meilleur élément de diagnostic sera donné par les colorations argentiques qui imprègnent le cercle réticulinique périvasculaire.

Ce cercle est constant, même dans les hémangiopéricytomes malins et rattache les lumières capillaires à d'authentiques vaisseaux, qui ne sont pas des fentes vasculaires irriguant un sarcome (GREENE et GERBIE).

Lorsque l'hémangiopéricytome a une architecture angiomateuse, il doit être différencié des lésions prenant une disposition périvasculaire, essentiellement :

- les tumeurs glomiques,
- les angiomyomes.

La tumeur glomique est facilement identifiée, en cas de doute, lorsqu'on a affaire à une tumeur à cellules rondes épithé-

liofides, par les colorations spécifiques des éléments nerveux, dont la présence dans le glomangiome réalise un aspect stéréotypé organoïde, jamais emprunté en totalité par l'hémangiopéricytome.

La même conclusion ressort de l'examen de l'angiomyome dont les cellules périvasculaires sont des léiomyocytes adultes, disposés isolément ou en faisceaux caractéristiques.

La différenciation est également évidente pour les autres tumeurs vasculaires, et c'est pour mémoire que nous citons :

- l'angiome capillaire, simple, dont la prolifération péri-capillaire de type inflammatoire est toujours polymorphe.

- le granulome hyperplasique où cette prolifération manque presque totalement.

Les tumeurs du corpuscule carotidien ou du corpuscule jugulaire, dont les éléments périvasculaires volumineux à contour polycyclique, à cytoplasme abondant, à noyau vésiculeux constituent un bon moyen de diagnostic.

Les auteurs citent généralement, pour les éliminer facilement par l'abondance de la nécrose, les structures périthéliomateuses réalisées par le Sarcome ou Epithélioma de ROUSSY et AMEUILLE.

Plus délicats peuvent être les problèmes posés par l'angiome cellulaire, ou l'hémangioendothéliome, tumeurs se développant essentiellement chez l'enfant.

Les colorations réticuliniques, sur lesquelles STOUT a insisté, donnent encore le fil directeur en montrant que, dans ces deux dernières tumeurs, les éléments tumoraux, sont indifféremment situés en dedans ou en dehors d'un cercle de réticuline par ailleurs inconstant ou imparfait.

- L'angiosarcomatose de KAPOSI enfin est souvent évoquée dans le diagnostic, car malgré son architecture nodulaire, et sa prolifération cellulaire de type fibroblastique, il peut prêter à confusion, ces deux caractères pouvant être réalisés dans l'hémangiopéricytome.

Ce sont les éléments cliniques qui sont alors prédominant, ainsi que la présence dans la maladie de KAPOSI d'extravasations érythrocytaires et de dépôt d'hemosidérine qu'on ne rencontre pas dans la tumeur de STOUT.

LES LOCALISATIONS STOMATOLOGIQUES

Elles sont relativement rares ; nous avons pu dénombrer 23 observations dans la littérature, dont seulement une dizaine sont détaillées et que nous avons rapportées dans cette étude.

Elles se répartissent comme suit :

12 cas rapportés en 1956 par STOUT à l'Américan Academy of oral pathology,

dont 3 cas de la langue,
 3 cas des lèvres,
 3 cas du palais,
 1 cas des procès alvéolaires,
 1 cas de la glande parotide,
 1 cas de la joue..

Nous avons pu ajouter outre l'observation de la voute palatine qui fait l'objet de cette thèse :

1 cas de la langue - Guilmoto, Molaret, Capdevielle
 1 cas de la gencive inférieure - Anderson
 1 cas de la peau du menton - Digman
 1 cas de la peau de région malaire - Digman
 1 cas de la fosse sublinguale - Small et Bloom
 2 cas de la région sous-maxillaire,
) 1 cas Fink - Oberman
 (1 cas André - Renault - Freyss
 1 cas de la région sus-claviculaire - Pinet et Coll.

Nous en rapprochons :

1 cas à localisation double : Fosses nasales et pharynx - Pinel

Nous signalons :

1 cas de la lèvre chez un chien - Mulligan.

Signalons à propos des cas cervicaux, l'impossibilité dans laquelle nous nous sommes trouvés de préciser s'il s'agissait de formes :

ganglionnaires,
glandulaires,

ou simplement : sous-cutanées.

Enfin, nous signalons une observation de Fallert d'hémangiopéricytome du lobule de l'oreille, qui présentait à l'intervention un nodule dans la loge parotidienne.

Nous n'avons jamais trouvé d'observation se rapportant à une localisation primitive des maxillaires, mais il n'y a pas de raison à priori, que les os maxillaires soient exemptés de cette tumeur et Lièvre a insisté sur la difficulté dans ces cas primitifs de l'os sur le diagnostic avec le sarcome ostéogénique.

Nous avons relaté d'une façon qui peut paraître arbitraire les quelques observations parues dans la littérature.

Nous pensons pourtant que leur confrontation peut faire dégager l'aspect clinique que peut présenter l'hémangiopéricytome dans ces différentes topographies.

HEMANGIOPERICYTOME DE LA FOSSE SUBLINGUALE

(J.A. Small et H.J. Bloom).

Malade de 57 ans, de race noire, vu pour une tumeur volumineuse siégeant sous le côté gauche de la langue.

HISTOIRE DE LA MALADIE.

On a la notion d'une tumeur de la grosseur d'un pois, située dans le plancher de la bouche du côté gauche, 3 ans auparavant.

Augmentant de volume progressivement jusqu'à gêner la mastication et entraîner des troubles de la parole.

ANTECEDENTS.

- Fièvre jaune à l'âge de 6 ans.
- Episode hémoptoïque à 15 ans, sans cause définie.

A L'EXAMEN.

Etat général bon, si ce n'est une hypertension artérielle.

A L'EXAMEN LOCAL.

Tuméfaction ferme, mobile, non inflammatoire, située dans le plancher de la bouche, côté gauche, de la grosseur d'un oeuf de pigeon, s'étendant de la ligne médiane jusqu'à la région molaire en arrière. De forme allongée, sa surface est lisse occupant toute la fosse sublinguale gauche. Elle n'intéresse pas la gencive ni la muqueuse recouvrant la crête postérieure édentée.

Pas de fièvre

Pouls	)	normaux
Respiration		

Tension artérielle 22 - 11

Les examens biologiques sont normaux.

Globules rouges : 4, 5 millions

Globules blancs : 11. 800

polynucléaires neutrophiles : 60

polynucléaires éosinophiles : 6

polynucléaires basophiles : 1

lymphocytes : 30

monocytes : 1

Sérologie négative.

EXAMEN RADIOLOGIQUE.

Cliché pulmonaire sans anomalie

COMPTE-RENDU OPERATOIRE.

Anesthésie locale 2% de lidocaïne avec épinephrine.
Incision linéaire sur le sommet de la tumeur d'arrière en avant.
Dissection fine de la muqueuse qui fut clivée de la capsule de la tumeur, puis clivage de toute la tumeur, jusqu'à son pédicule qui unissait la tumeur au muscle mylohyoïdien.

Le canal de Wharton fut identifié en dehors de la tumeur et libéré.

Le nerf lingual n'a pas été identifié.

Le canal de Wharton fut suturé à la muqueuse.

Points de rapprochement à la soie °°°.

Un drain de Penrose fut fixé dans la cavité et suturé à la muqueuse.

Suites opératoires normales.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE.

La pièce opératoire était composée par une masse arrondie pesant 22 grammes et mesurant 4, 5 x 4 x 3 cm.

La surface était faiblement lobulée et de couleur jaunée-rosée entourée par une capsule de tissu conjonctif aréolaire.

La masse était ferme à la palpation.

La coupe en série mit en évidence un tissu d'apparence homogène de couleur jaune-grisâtre.

L'examen microscopique montra une néoformation vasculaire, composée d'un grand nombre de capillaires entourés de cellules endothéliales normales. Cependant quelques vaisseaux étaient ouverts et contenaient des hématies. D'autres étaient collapsés et difficilement visibles.

Dans la majorité des zones cellulaires, des vaisseaux capillaires étaient entourés par des péricytes arrondies ou fusiformes.

Ces éléments contenaient des nucléoles vésiculeux dans un cytoplasme acidophile avec ou sans paroi limitante.

Ces éléments cellulaires emplissaient les espaces entre et autour des capillaires et formaient le corps de la tumeur. Pas de mitoses visibles.

La coloration réticulinique à l'argent de Laidlaw et le trichrome de Masson mirent en évidence des fibres de réticuline, mais pas de myofibrilles.

Dans quelques zones de la tumeur, les vaisseaux capillaires étaient entourés par un stroma fibroblastique dans lequel on put identifier du collagène.

Le diagnostic du Mount-Carmel Mercy Hospital fut :

"Nous estimons que cette tumeur est un exemple classique d'Hémangiopéricytome"

HEMANGIOPERICYTOME DE LA LEVRE (Kaufman et Stout)

Découverte chez un enfant de 3 mois, d'une petite tumeur de la lèvre.

Excision et curage ganglionnaire cervical. 5 ans et trois mois après, récurrence locale sur la lèvre qui fut à nouveau excisée.

Le diagnostic d'Hémangiopéricytome fut porté sur la pièce de la récurrence, 3 ans après cette seconde excision, l'enfant est revu avec une tuméfaction considérée comme un volumineux ganglion cervical. Histologiquement, il s'agissait d'une tumeur cellulaire avec, fait particulier, un nombre de mitoses plus grand qu'on en trouve habituellement dans les tumeurs congénitales.

Cette tumeur fut classée par les auteurs dans la catégorie des "tumeurs à malignité potentielle".

HEMANGIOPERICYTOME DE LA LEVRE CHEZ UN CHIEN

(Gorlin et Chondry).

Apparition depuis quelques mois d'une tuméfaction atteignant 1 x 1 cm. sur la face muqueuse de la lèvre d'un cocker de 6 ans.

Excision de la masse tumorale sous anesthésie générale et locale.

La tumeur s'étendait dans le muscle sous-jacent, séparée toutefois par une capsule incomplète.

L'examen microscopique montra que la tumeur était recouverte par un épithélium stratifié d'apparence normale. Cette capsule était séparée de la tumeur par un mince feutrage de tissu conjonctif, riche en capillaires sanguins et lymphatiques.

Pas d'infiltrat inflammatoire.

La tumeur étaient constituée d'un grand nombre de petits capillaires formés par un endothélium normal, et entourés par des cellules rondes ou fusiformes.

Une coloration réticulinique montra la ligne continue de l'endothélium entouré par un cercle de réticuline - aspect d'hémangiopéricytome (diagnostic confirmé par STOUT).

Pas de récive un an après.

HEMANGIOPERICYTOME CUTANE DE LA REGION MALAIRE

(Dingman).

Cette observation est intéressante, car il s'agit d'une tumeur congénitale, vue chez un jeune garçon à l'âge de 6 ans.

Tumeur indolente, bleuâtre, de la région malaire droite. Elle avait grandi proportionnellement à la croissance de l'enfant jusqu'à l'âge de 5 ans, mais depuis son développement avait paru plus rapide et surtout elle s'était surelevé par rapport à la peau environnante.

Les antécédent, par ailleurs n'étaient pas significatifs.

A l'examen, il s'agissait d'une tumeur surélevée, bleuâtre, ferme, mais légèrement compressible. Atteignant 6 x 4 cm., intéressant les tissus cutanés et sous-cutanés et paraissant cliniquement comme un angiome caverneux de la région malaire droite.

En juillet 1956, excision de la tumeur sous anesthésie générale et la perte de substance comblée par une greffe de glissement de la région préauriculaire.

L'examen anatomique indiquait un hémangiopéricytome et recommandait une excision élargie.

Une semaine plus tard, une excision élargie fut faite et la région recouverte par une greffe de peau épaisse, en attendant une intervention ultérieure définitive après une période d'attente de sécurité.

Revu 15 mois après, pas de récurrence locale, ni de métastase.

Microscopiquement, la tumeur était un hémangiopéricytome à cellules fusiformes.

DEUXIEME OBSERVATION D'HEMANGIOPERICYTOME CUTANE DU MENTON (Dingman).

Mr. F... 23 ans, a noté une lésion du menton 4 mois auparavant.

Selon le chirurgien, la tumeur ressemblait à un kyste sébacé d'environ 8m/m de diamètre, et fut enlevée en Septembre 57.

Quand le compte-rendu d'hémangiopéricytome malin fut reçu, la lésion fut reprise pour excision élargie et fermée par un lambeau de glissement du voisinage.

L'examen microscopique diagnostiquait un hémangiopéricytome malin, car outre des cellules plus nombreuses que dans le cas précédent, ces cellules étaient souvent en mitose.

HEMANGIOPERICYTOME SOUS-ANGULO-MAXILLAIRE (André-Renault-Freyss).

L.J.P..., 14 ans - début janvier 61, apparition d'une tuméfaction cervicale gauche sous-angulo-maxillaire, indolente, sans fièvre.

Le 3 février 61, consultation à l'hôpital d'Orléans.
Il existe alors une masse sous-angulo-maxillaire gauche de 3 x 5 cm dure, indolente, fixée en profondeur, refoulant le paquet vasculo-nerveux du cou et les muscles de surface.

Le diagnostic posé est celui d'adénite.

Traitement : Un million d'unité de Pénicilline pendant une semaine, associé à la vaccination au propidon (3 injections).

Examens complémentaires : Formule sanguine normale
Radiographie pulmonaire normale
Cuti-réaction négative.

Aucune modification de la tumeur sous l'influence de la médication.

Le 15 février 61, l'enfant est adressé à l'hôpital Laennec (Dr. André).

Le jeune garçon, fluët (34 kgs.), ne se plaint alors que d'une dysphagie légère.

L'état général est bon, la température à 37°.

L'examen retrouve la tumeur cervicale qui s'étend de la région sous-angulo-maxillaire à la région hyo-thyroïdienne du côté gauche qu'elle efface.

On note, en outre, un soulèvement de la paroi latérale gauche du pharynx et de l'hypopharynx, de l'amygdale en haut, refoulée en avant et en dedans, du sinus piriforme en bas comblé par la masse qui refoule en dehors et en dedans sa paroi externe.

Cette tuméfaction fait corps avec la tumeur sous-maxillaire. Elle est d'une dureté rénitente ; la muqueuse pharyngée est d'aspect normal, soulevée par la tumeur sous-jacente, mais se laissant peu mobiliser.

L'examen clinique complet ne révèle aucune autre anomalie.

Examens complémentaires :

Numération - Formule sanguine :

Globules rouges	=	4.5000.000
Globules blancs	=	9.000
Polynucléaires)	=	32
neutrophiles (		

Polynucléaires	)	=	5
eosinophiles	(		
Lymphocytes		=	36
Monocytes		=	7

<u>Vitesse de Sédimentation :</u>	19	1ère heure
	36	2ème heure
	97	24ème "

Fibrinémie = 4,8 gr.

Clichés :

De profil, la tumeur apparaît au bord inférieur de l'angle de la mâchoire, au-dessus de l'osyoïde, de 4 x 3 cm. environ.

Les tomographies de face révèlent un épaississement de la paroi pharyngée gauche.

PONCTION - BIOPSIE PAR VOIE PHARYNGEE (Dr. Renault).

Prélèvement fait de véritables fragments tissulaires compacts. Il s'agit d'une tumeur formée d'une masse compacte de petites cellules pressées les unes contre les autres, sans tissu conjonctif interposé, sans substance fondamentale appréciable.

De nombreux vaisseaux sanguins parcourent le tissu, délimitant en certains points des ébauches de structure, en cordons épais, sinueux, anastomosés. Un très léger cordon de réticuline délimite ces cordons.

Les cellules sont toutes semblables, ont des noyaux ronds, de taille régulière, sans anomalie de structure. Les cytoplasmes sont pratiquement inappréciables. Les figures de mitose sont nombreuses.

On conclue à une tumeur latéro-pharyngée sans pouvoir déterminer sa nature avec certitude.

Ni l'hypothèse d'une tumeur du corpuscule carotidien, ni celle d'un neuroblastome ne peuvent être retenues.

INTERVENTION : (Docteur André) le 26.2.61.

Incision le long du S.C.M. avec refend antérieur de 3 cm. Le plan vasculo-nerveux du cou est refoulé en dehors ; ligature des différents affluents de la jugulaire interne. On tombe sur un

plan musculaire continu, mince, refoulé en surface et correspondant aux muscles constricteurs du pharynx.

La tumeur est donc née dans la paroi pharyngée, entre la muqueuse et les muscles, elle est métapharyngée, et non parapharyngée.

Après avoir protégé le XII et le nerf laryngé supérieur, on découvre la tumeur qui est d'aspect grisâtre, non battante, de consistance ferme mais friable. Elle n'est pas particulièrement hémorragique. Elle s'étend de la région sous-amygdalienne au sinus piriforme en dedans à l'aile thyroïdienne. En dedans elle est au contact de la muqueuse, et le décollement sera difficile.

Une brèche verticale sera faite dans la muqueuse pharyngée à la hauteur du sinus piriforme, immédiatement réparée.

Fermeture en 3 plans. Mèche en déclive.

Anatomie pathologique :

Tumeur encapsulée, pesant 30 grammes, grossièrement arrondie. Structure polymorphe, caractérisée dans son ensemble par l'extrême richesse en cellules, l'absence de stroma, l'existence d'une vascularisation sanguine considérable.

La plus grande part du tissu tumoral est faite de cordons cellulaires, épais, sinueux, anastomosés entre eux, formant un réseau grossièrement endocrinoïde, entre les cordons, pas de support conjonctif fibreux, mais des fentes vasculaires sanguines à parois endothéliales individualisés. Dans ces cordons pullulent de petites cellules, dont on voit bien seulement les noyaux innombrables, presque en contact les uns les autres, ronds ou ovales, sans caractères atypiques, très souvent en mitose.

En d'autres plages, qui voisinent avec les précédentes, sans limites nettes, les cellules tumorales s'allongent, deviennent fusiformes et forment un tissu d'apparence conjonctive, tantôt très dense, tantôt lâche. De nombreux vaisseaux parcourent ces plages, entourées généralement de manchons cellulaires denses.

Cette structure tumorale ne cadre :

- ni avec l'hypothèse d'une tumeur glandulaire exocrine ou endocrine,

- ni avec celle de tumeur veineuse.

L'absence de stroma, le polymorphisme, la part vasculaire moyenne sont des éléments fondamentaux.

Certains détails plaident en ce sens :

- La ressemblance des plages cordonales avec certaines structures de tumeurs glomiques ; dans les plages d'apparence conjonctive, la nette disposition périthéliale du tissu, et l'existence, dans la paroi externe des artères de cellules allongées rappelant les péricytes de Zimmermann.

- L'imprégnation argentique du réseau réticulaire montre un fin réseau de réticuline qui dessine des parois endothéliales et se ramifie dans les massifs cellulaires de manière fine mais inégale.

Il s'agit d'un hémangiopéricytome.

Dans le cas présent l'extrême richesse en cellules, le nombre élevé des mitoses, l'extrême tendance proliférante générale, obligent à conclure à la notion de malignité probable.

Suites opératoires :

Normales - Restitutio ad integrum. Un traitement radiothérapique complémentaire est fait à l'hôpital d'Orléans à doses cancéricides.

En novembre 61, l'enfant est revu en excellent état.

HEMANGIOPERICYTOME A DOUBLE LOCALISATION - FOSSES NASALES ET OROPHARYNX (Pinel).

Homme de 32 ans, d'origine sicilienne, habitant la région parisienne depuis 5 ans.

Excellent état général.

Gêné par une insuffisance respiratoire nasale et parfois par une dyspnée trachéale.

- 2 sortes de lésions chez le malade :

1°) des lésions d'ozène siégeant dans la fosse nasale droite, étendues au cavum, au larynx, à la sous-glote et à la trachée.

2°) des lésions de nature différente au niveau de la fosse nasale gauche et du pilier postérieur gauche.

Il s'agit dans les deux localisations d'une tumeur ovoïde, effilée transversalement, longue d'environ 1 cm., épaisse de 7 ou 8 m/m, recouverte d'une muqueuse assez lisse, de coloration normale, sans ulcération ; masse largement implantée, ferme, dure au contact.

- Aucune adénopathie satellite.

Les radiographies du sinus montrent seulement un épaississement de la muqueuse du sinus maxillaire gauche.

Les tomographies du massif facial ne montrent aucune anomalie osseuse.

Le diagnostic d'hémangiopéricytome est porté par le Professeur Delarue sur les 2 tumeurs. La localisation pharyngée constituant sans doute une extension de la tumeur nasale.

HEMANGIOPERICYTOME DE LA REGION SOUS-MAXILLAIRE

(H. Fink et H.A. Oberman).

Homme de race noire, âgé de 60 ans présentant une masse de la grosseur d'une petite orange évoluant depuis 2 ans environ, dans la région sous-maxillaire droite.

Une biopsie donne le diagnostic de sarcome (?) et une résection large avec curage fut faite, bien qu'on n'ait pas trouvé d'adénopathie.

Récidive locale 4 mois après l'intervention. L'examen anatomo-pathologique donnait alors un diagnostic d'hémangiopéricytome.

La radiographie pulmonaire montrait des nodules bilatéraux en lâcher de ballons.

- Radiothérapie palliative

Un an après la découverte de la tumeur, le malade présentait 3 grosses masses ulcérées du côté cervical droit, et une hémiplégie.

Décès deux ans après la découverte de la tumeur.

HEMANGIOPERICYTOME DE LA GENCIVE (F. Anderson).

Il s'agit d'un homme de 48 ans, originaire des Philippines, qui consulte au printemps 59 pour des hémorragies spontanées et répétées au niveau d'une zone édentée de l'arc mandibulaire droit.

Ces hémorragies se sont répétées trois fois en deux semaines et sans aucun signe d'accompagnement. L'examen de la bouche montre un caillot récent occupant le vestibule. Celui-ci fut délicatement enlevé sans causer de nouvelle hémorragie.

L'examen fut, par ailleurs, négatif, si ce n'est la présence d'une petite zone, rouge sombre, spongieuse au sommet de la crête.

Cette lésion apparaissait, à première vue, comme une réaction autour d'un corps étranger. Pas de trace de suppuration.

Enfin, un examen radiologique fut entièrement négatif.

On décida une intervention exploratrice.

Incision superficielle le long de la crête à travers la gencive. Sous le périoste, on trouva un plan de clivage. On excisa du tissu mou jusqu'à l'apparition d'une capsule. La tumeur fut enlevée sans saignement abondant.

L'ablation fut considéré comme totale, sauf sur la partie toute antérieure où les fibres du périoste et la tumeur semblaient se mêler en un seul tissu.

La pièce fut soumise à l'examen histologique et le compte-rendu fut le suivant :

macroscopie : la pièce est constituée par un fragment irrégulier, déchiqueté, d'un tissu d'aspect brun doré, mesurant 1,3 x 0,3 cm.

La tranche de la section est gris pâle et d'apparence fibreuse.

microscopie : la tumeur est constituée par un grand nombre de petits vaisseaux, limités par plusieurs couches de grosses cellules endothéliales sans aucun aspect de malignité. Cet aspect est assez inhabituel, en ce sens que cette prolifération vasculaire peut être rencontrée en de vastes régions, réalisant un aspect papillaire.

La prolifération des cellules endothéliales peut se voir à la lisière de la section.

Diagnostic : tissu mou aréolaire.
hémangioendothéliome bénin.

Plus tard, quand les coupes furent reçues à l'Institut de Pathologie des Forces Armées, le diagnostic fut changé et l'échantillon classé comme hémangiopéricytome.

HEMANGIOPERICYTOME DU CREUX SUS-CLAVICULAIRE (Pinet et Coll.).

Malade de 25 ans, d'origine Kabyle.

Evolution depuis deux ans d'un nodule de la grosseur d'un pois indolore.

- augmentation progressive, atteignant au bout de deux ans le volume d'une orange.

- tumeur trilobée, un des lobes est ulcéré à la peau
- dure, fixée sur les plans profonds.
- peu douloureuse à la palpation.
- circulation veineuse collatérale.
- un petit ganglion au creux axillaire.

droit, mobile, sans caractère particulier ; pas de ganglion dans les zones contro-latérales,

Le malade se plaint de douleurs partant de la lésion principale, irradiant vers le sein droit, la nuque et la région scapulaire.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE (Prof. Laffargue).

Tumeur fasciculée dont les cellules allongées et fusiformes sont infiltrés de fibres collagènes. Elles ont un dispositif périthélial très accusé. Les vaisseaux ont tous une gaine collagène.

L'aspect est celui d'un hémangiopéricytome.

Pas de cellules atypiques, mais la forte prolifération cellulaire ne permet pas un diagnostic de bénignité certaine.

Examen radiologique : Les poumons sont normaux, mais on note une ostéolyse non homogène de la partie moyenne de la clavicule et un aplatissement des arcs dorsaux supérieurs droits.

La Phlébographie : objective la compression de la veine sous clavière droite étendu sur 3 cm. environ et une importante

circulation collatérale, intéressant les veines intercostales et les veines scapulaires.

L'artériographie rétrograde, sous hypotension contrôlée, montre un important réseau au niveau de la masse tumorale. Au temps capillaire parenchymateux, la substance opaque dessine l'ensemble de la tumeur dont elle permet de reconnaître le volume.

Elle apparaît bien limitée et il existe un liseré clair, continu sur son versant thoracique, qui la sépare nettement du gris costal.

Intervention :

On enlève la tumeur en masse. Ablation difficile, mais qui paraît satisfaisante.

Le malade qui avait déjà reçu en pré-opératoire 7.200 r (300 r par jour sous 200 Kv, 1 cv en 2 champs sus claviculaires antérieur et postérieur en 37 jours), va recevoir 3000 r en post-opératoire.

L'état général est bon la cicatrisation lente au début se fait progressivement. Mais 6 mois après, une radiographie pulmonaire met en évidence une image en "lâcher de ballons" dans les 2 champs.

Cette observation appelle plusieurs remarques.

1°) la douleur qu'elle a entraînée, sans doute par compression alors que les formes superficielles sont habituellement indolores.

2°) l'ulcération de l'un des lobes de la tumeur, fait rarissime chez l'homme, plus habituel chez le rat.

3°) l'utilisation de l'angiographie, qui semble un examen de grande précision dans des mains averties et a permis de reconnaître le caractère vasculaire de cette tumeur des parties molles, de juger de son extension vasculaire de cette tumeur des parties molles, de juger de son extension et d'orienter le traitement chirurgical.

4°) la lyse osseuse qu'a entraîné la tumeur ; fait rarement signalé, mais qui mérite d'être systématiquement recherché.

5°) enfin, malgré le traitement mixte associé = agents physiques chirurgie+agents physiques, l'apparition de métastases dans un temps relativement court.

HEMANGIOPERICYTOMES DE LA LANGUE

- 1 cas de HUNTINGTON et BAKERSFIELD chez un garçon de 6 ans,

Tumeur de 0,3 x 0,9 cm., n'ayant pas récidivé après exérèse, revu 6 mois après.

- 1 cas de STOUT et KAUFMAN chez un garçon de 13 ans,

Tumeur de 1 x 1 cm. près du foramen coecum évoluant depuis 3 mois ; récidive 14 mois après l'exérèse, deuxième exérèse.

Nous relatons en détail l'observation de Mrs. GUILMOTO, MOLARET et CAPDEVIELLE.

- C... Robert, matelot recruté, 21 ans, consulte le 10 novembre 1959 pour une tumeur de la partie mobile de la langue. Selon lui cette tumeur serait la récidive d'une néoformation survenue après une morsure de la langue à la suite d'une chute, à l'âge de 11 ans, et opérée 1 an plus tard, tumeur dont il a toujours ignoré la nature. Réapparue depuis plus de 1 an, elle lui cause une certaine gêne à l'élocution.

A l'examen on découvre sur le dos de la langue, à gauche, en avant du V, à égale distance du bord libre et du sillon médian, une petite voussure du volume d'une demie noisette. La muqueuse est, à ce niveau, normalement papillée. On relève toutefois, au sommet de cette saillie une petite tâche lenticulaire nettement bleutée. Indolore, rénitente à son pôle superficiel, cette petite tumeur paraît enchassée à la pression digitale et à l'effort. Les aires ganglionnaires sont normales.

Un examen radiographique :

"Sans préparation ne montre pas les calcifications qui

auraient permis de soupçonner la nature angiomateuse de la tumeur. Une tentative de ponction s'avère infructueuse et l'on ne peut injecter de vasurix.

Les examens de la crase sanguine s'étant avérés normaux, l'exérèse est pratiquée le 3 décembre 1959 sous anesthésie générale, avec intubation trachéale par voie nasale et hypotension contrôlée. Catgut tracteur à la pointe de la langue, et catgut en "attente" passé à l'aiguille de Reverdin selon la technique de Cernéa, à travers la langue en arrière de la tumeur, entre celle-ci et le septum. Incision en quartier d'orange circonscrivant le pôle superficiel de la tumeur et énucléation facile d'une néoformation arrondie, homogène, bleuâtre, apparemment encapsulée, très facilement clivable, et du volume d'une noisette. Hémostase aisée de 2 vaisseaux de faible calibre. Suture en un seul plan au fil de soie cirée. Antibiotiques 3 jours. Suites excellentes. Cicatrisation parfaite.

La nature de la tumeur est révélée par l'examen histologique (1) Dr. Molaret. (Ce diagnostic a été confirmé par A. P. STOUT lui-même) sous l'épithélium malpighien de la muqueuse linguale on trouve dans le chorion une prolifération tumorale composée de 2 éléments distincts :

1°) D'une part des cavités vasculaires, de type capillaire, assez nombreuses, perméables. Certaines sont remplies d'hématies, d'autres en sont dépourvues. L'aspect histologique au faible grossissement est celui d'un tissu angiomateux (fig. 1).

2°) Entre ces capillaires, on remarque au fort grossissement des plages de cellules régulières, ovoïdes à cytoplasme clair, sans inclusions visibles, sans atypies nucléaires ni mitoses. Ces cellules, qui ressemblent à des cellules glomiques, sont immédiatement au contact des capillaires dont elles semblent provenir, et occupent tous les interstices laissés libres entre les cavités vasculaires (fig. 2). Ce sont des péricytes et l'aspect de la néoformation est alors celui d'une tumeur cellulaire creusée de multiples cavités vasculaires.

Une coloration de Vilder permet de mettre en évidence un fin réseau de réticuline qui dessine les basales des capillaires et s'insinue entre les péricytes tumoraux. A l'intérieur des basales on peut reconnaître au niveau de quelques capillaires un revêtement endothéliforme aplati, bien séparé de la prolifération tumorale.

DIAGNOSTIC

Nous avons vu que l'aspect clinique de l'hémangiopéricytome était le plus souvent sans originalité.

Habituellement, la tumeur attire l'attention par sa seule présence, car elle est toujours indolente spontanément, où à la pression, et c'est le signe fondamental qui la différencie avec les tumeurs glomiques.

C'est particulièrement le cas des formes sous-cutanées:

- se révélant par une tuméfaction ; d'abord simple soulèvement des téguments, sans coloration particulière, puis augmentant progressivement jusqu'à gêner par son volume ou par la compression des éléments de voisinage.

Il est exceptionnel qu'elle réalise un aspect angiomateux, ou que la multiplication des éléments tumoraux, faits de petits nodules, saillants, violacés, indurés, réalise une forme proprement dermatologique (Basex, Dupré et Parant, Cole, Reagon et Lund).

Les formes profondes viscérales ont évidemment une symptomatologie variable selon la localisation :

- soit simple pesanteur, vague douleur.
- soit tous les syndromes de compression ou hémorragiques.
- moelena
- métrorragies, hémoptysies,
- subocclusion
- compression médullaire
- névralgies diverses,

mais jamais le tableau n'est assez caractéristique pour poser un diagnostic.

DANS LE DOMAINE STOMATOLOGIQUE .

Les quelques observations détaillées permettent d'affirmer que le symptôme majeur et presque unique, est constitué par la tuméfaction indolore, évoluant progressivement, habituellement de couleur bleutée.

sans ulcération

sans adénopathie satellite

sans hémorragie

et le diagnostic sera évidemment topographique, d'élimination avec les néoformations d'allure identique.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES.

donnent peu de renseignements.

- Examens biologiques presque constamment normaux.

Numération globulaire et Formule sanguine.

Vitesse de sédimentation.

- La radiographie montre rarement une lyse osseuse par compression.

- Dans les formes du cuir chevelu et de la voûte palatine, et dans les formes primitives osseuses, des images de destruction et de construction non caractéristiques. Parfois des calcifications dans les formes sous-cutanées. Mrs. Pinet et Coll. ont insisté récemment sur la valeur de l'angiographie qui permettrait de reconnaître la nature vasculaire de l'hémangio-péricytome, mais nous émettons des réserves sur les images angiographiques que donnerait une forme histologique massive cellulaire, peu vasculaire.

LA PONCTION n'a jamais jusqu'à présent pu donner d'indication sur le diagnostic.

C'est répéter la valeur fondamentale de l'examen anatomopathologique pour le diagnostic des hémangio-péricytomes.

Nous donnons à titre indicatif le tableau suivant de Winer et Lévin, cité par Temime indiquant les principales affections qu'il est classique d'évoquer dans le diagnostic d'hémangio-péricytome.

Signes	Glomus	Angiome	Hémangio- endothé- liome	Kaposi	Hémangio- péricytome
<u>Cliniques :</u>					
Douleurs.....	+	0	0	+	0
Consistance.....	molle	molle	molle	variable	dure
Couleur.....	bleue	rouge/noire	bleue	violette	bleue
Mode évolutif.....	rapide	lent	lent	lent	lent
Métastases.....	0	0	+	foyers mul- tiples	20%
<u>Histologiques :</u>					
Vaisseaux, murs organoïdes....	+	+	0	+	0
Modifications endothéliales....	0	0	+	+	0
Réticuline.....	+	0	+	+	+
Fibrose interstitielle.....	+	+	0	+	0
Mitoses.....	0	0	+	0	+
Extravasation sanguine.....	0	0	+	+	+
Envahissement.....	0	0	+	+	+

PRONOSTIC

L'hémangiopéricytome participe bien par son polymorphisme, par son caractère ubiquitaire et surtout par son pronostic, du vaste cadre des tumeurs du mésenchyme.

La notion est parfaitement connue et classique de l'absence totale de parallélisme anatomo-clinique de ces tumeurs et Polasson a bien établi le fait dans une étude sur les conjonctivomes des gaines des vaisseaux.

Nous avons déjà souligné au cours de l'étude histologique la quasi-impossibilité de fonder le pronostic sur les aspects microscopiques. Un seul critère semble devoir être retenu (Fischer, Masson), c'est l'existence de cellules tumorales dans les cavités vasculaires.

Les observations sont rares où ce fait a été rapporté, mais il est certain que sa recherche gagnerait à être facilitée par la coloration des fibres élastiques (Kaufman).

Si les auteurs n'ont pu jusqu'à présent classer les Hémangiopéricytomes en formes bénignes ou malignes, l'évolution de ces tumeurs présente quelques caractéristiques que nous pensons nécessaire de schématiser :

- 1°) la fréquente agressivité locale
- 2°) la possibilité de généralisation métastatique,
- 3°) la lenteur évolutive habituelle
- 4°) l'impossibilité de préciser le devenir tumoral.

I - L'AGRESSIVITE LOCALE est souvent évidente d'emblée, lorsqu'on se trouve devant une tumeur envahissante, non encapsulée, parfois entourée de nodules.

L'exérèse en est souvent difficile, et c'est à ce défaut de la thérapeutique qu'on a pu attribuer les récurrences "in situ" et que Simard propose d'appeler plutôt des formes "d'évolution persévérante".

Mais des récurrences authentiques peuvent se voir, sous forme d'une tumeur identique à la tumeur primitive et apparaissant dans la cicatrice d'exérèse ou sous forme de multiples nodules péri-cicatriciels.

Les délais d'apparition de ces récurrences sont des plus variables.

- de 3 à 6 mois (Stout et Kauffman).
- 9 mois (Cole, Reagon, Lund).
- 9 ans (Ault, Smith, Castro).
- 26 ans (Schirger et Call).

Ces récurrences peuvent survenir une fois ou être multiples, obligeant à des interventions répétées (Stout, Fox).

Ces récurrences ont elles-mêmes un pronostic variables :

- soit l'exérèse les fait disparaître totalement.
- soit la répétition ou l'extension peut entraîner la mort.

C'est le cas des hémangiopéricytomes

- de l'orbite
- des méninges.

Enfin, ces récurrences peuvent être la première manifestation visible d'une généralisation.

II - LA GENERALISATION METASTATIQUE.

Elle peut évidemment se faire sans récurrence locale préalable.

Les délais d'apparition sont également très variables, après le diagnostic et le traitement de la tumeur primitive :

- 4 ans (Stout et Murray).
- 5 ans (Stout et Kauffman).
- 8 ans (Filho, Torres).
- 10 ans (Kauffman).

Mais l'apparition rapide en quelques semaines ou mois de métastases est de mauvais pronostic.

Les ganglions sont le plus souvent indemnes au cours de cette généralisation et la dissémination semble donc hémato-gène, atteignant le plus souvent :

- les poumons,
- le foie,
- les os,
- le tissu sous-cutané.

Signalons que l'apparition de ces métastases n'implique pas forcément un arrêt de mort rapide.

Citons l'observation d'un jeune enfant de 4 ans (Kauffman et Stout) qui présentait un hémangiopéricytome de la région tempo-oro-pariétale.

- récidive 3 mois après l'excision, en même temps qu'on notait déjà des métastases au sommet du poumon droit.

Le décès ne suivait que 5 ans après dans un véritable tableau de carcinose.

- | | |
|-----------------|----------------------------------|
| Métastases dans | - les poumons, le médiastin |
| | - l'épicarde |
| | - les vertèbres lombaires |
| | - iléon droit |
| | - les ganglions iliaques droits. |

Reich posait d'ailleurs, à propos de ces formes, le problème de la réalité des métastases, proposant plutôt d'envisager ces cas comme ayant "une multiplicité successive".

III - LA LENTEUR EVOLUTIVE. est pourtant le fait de la majorité de ces tumeurs.

Stout et Kauffman ont insisté particulièrement sur cette lenteur dans les formes dites "congénitales".

Dingman, dans une observation que nous rapportons, parle d'accroissement "proportionnel" à la croissance de l'enfant, à propos d'une tumeur cutanée de la joue, qui a été suivie 6 ans.

Mais les chiffres les plus étonnants ont été avancés :

18 ans (Cole)

38 ans (Stout)

60 ans (Stout et Cassel).

Cette lenteur évolutive n'est toutefois pas la règle et le développement, a pu se faire parfois en quelques mois. 3 mois entre la découverte, le traitement et la généralisation métastatique dans un cas de Reich.

C'est dire encore l'impossibilité de préciser.

5° Le devenir tumoral

Il est à peu près impossible de chiffrer avec exactitude le pourcentage des différentes éventualités.

Il ressortait de l'étude princeps de STOUT et MURRAY, que si la majorité de ces tumeurs avaient une évolution bénigne, un certain nombre était susceptible d'évoluer vers la malignité locale ou générale.

- Sur 9 cas :

7 ont une évolution bénigne

1 cas a récidivé

1 cas a métastasé

Nous citons comme une approximation, les chiffres avancés par les auteurs.

- Sur 110 cas cités par Kay et Warthen :

68 % de tumeurs bénignes

21 % de récidives ou d'agressivité locale

12,7 % de métastase

- Sur 70 cas cités par Mrs. Martin, Feroldi et Cabanne:

64,3 % de cas bénins

15,7 % de récidives locales

20 % de métastases.

- Sur 207 cas groupés par Stout :

79 % cas bénins

21 % cas malins

Dans l'état actuel des statistiques, les auteurs semblent s'accorder sur le chiffre de 30%, pour évaluer le pourcentage des formes à malignité locale ou générale.

Nous nous proposons d'insister sur les éléments cliniques qui nous semblent classer les hémangiopéricytomes dans les formes bénignes ou "présumées malignes" pour reprendre l'expression de Stout.

Outre l'aspect premier que nous avons déjà noté :
forme tumorale, étendue, mal limitée ou entourée d'emblée de nodules disséminés.

Ce sont essentiellement 2 éléments :

- 1°) la topographie tumorale
- 2°) l'âge du malade

I - LA TOPOGRAPHIE TUMORALE

D'une façon générale, les formes sous-cutanées ou de siège superficiel, bénéficient d'un pourcentage plus important de formes bénignes que les formes profondes ou viscérales ; on peut se demander si leur découverte plus rapide et leur traitement plus abordable n'est pas à l'origine de cette meilleure réputation.

Il est d'ailleurs frappant de constater dans la littérature l'élévation du pourcentage de malignité globale qui e 20% en 1942 a passé à 32,5% en 1960.

Les formes décrites dans les premières années étaient le plus souvent superficielles ; les statistiques s'enrichissant de plus en plus de formes profondes dans les dernières années.

Certaines localisations paraissent nettement plus redoutables ; il s'agit essentiellement :

- du membre inférieur et surtout de la cuisse
- du rétro-péritoine
- du médiastin
- de l'abdomen.

Nous empruntons à Stout les chiffres suivants :

Cuisse	23 cas	9 cas	métastatiques
Jambe	7 cas	2 cas	métastatiques
Pied	5 cas	1 cas	d°
Rétro-péritoiné	21 cas	5 cas	d°
Médiastin	7 cas	2 cas	d°

Dans la revue des cas intra-abdominaux de Slaterry, Aronson, Lautman : 15 cas, dont 9 évolutions métastatiques.

En ce qui concerne les localisations buccales ou péri-buccales, il faut voir sans doute dans leur siège superficiel le meilleur pronostic de ces localisations.

Sur les 23 cas que nous avons relevé dans la littérature, 5 cas sont signalés comme ayant métastasés, 1 cas a entraîné la mort du malade.

Il s'agit de :

2 cas de la langue - récurrence locale

1 cas de la lèvre - récurrence locale puis cervicale

2 cas cervicaux récurrence locale, puis métastase intra-parotidienne (Reich) - récurrence locale puis métastases pulmonaires.

Ce qui donne un pourcentage de 15% de formes malignes pour les cas strictement intra-buccaux et 20% de formes malignes si on inclue les cas cervicaux.

II - L'AGE DU MALADE

Stout prétendait que les formes congénitales, reconnues à la naissance, étaient toujours bénignes, mais plusieurs observations sont venues apporter leur démenti.

1 cas de Peace - Hémangiopéricytome du cerveau,

1 cas de Howard et Donus - Hémangiopéricytome congénital rétropéritonéal, ont entraîné la mort des petits malades, le 2ème après 5 récurrences.

Il n'en reste pas moins que les formes congénitales sont les moins malignes.

- De même chez l'enfant, l'évolution paraît plus rassurante et Stout a décrit à ce sujet une forme bénigne infantile, établissant un parallèle avec l'hémangioendothéliome bénin de l'enfant.

Cette évolution bénigne n'est pourtant pas la règle et nous citons les chiffres d'une étude de Kauffman et Stout de 1960, portant sur 31 enfants jusqu'à 15 ans.

Âge	Nombre de cas	bénins	douteux	malins
0 - 5 ans	18	13	3	2
6 - 10 ans	8	4	2	2
11 - 15 ans	5	3	0	2
	31	20	5	6

Ce qui donne un pourcentage de malignité globale de 10% chez les enfants.

- les 13 tumeurs congénitales sont les moins malignes.

- les formes de la préadolescence et adolescences sont les plus malignes.

ooOoo

TRAITEMENT

Le traitement de l'hémangiopéricytome relève d'une façon formelle de la chirurgie d'exérèse.

L'incertitude dans laquelle le clinicien et l'histologiste sont du pronostic, exige une exérèse complète, large. Celle-ci est le plus souvent facile, mais nombreux sont les protocoles opératoires, émaillés de difficultés, tenant à l'extension de la tumeur en tissu sain, de son caractère vasculaire, de sa taille, de ses connections, du caractère souvent hémorragique de son ablation.

L'existence d'un pédicule nous a paru fréquente et particulièrement dans les localisations digestives hautes et basses, et nous croyons utile d'insister sur sa recherche afin d'extirper la tumeur complètement.

Ce pédicule est centré, dans notre observation, par les vaisseaux qui alimentent la tumeur. Signalons à ce propos, l'observation de WISE concernant une tumeur qui paraissait inextirpable du fait de son volume. Après clampage des deux artères iliaques, la tumeur de dure, incompressible, était devenue molle, compressible, et d'exérèse facile.

LIARAS et LAFFARGUE virent l'exérèse d'une tumeur de l'estomac facilitée après sa ponction.

Signalons enfin l'intérêt dans les tumeurs de la langue de la pose d'un fil d'attente prenant tout le paquet lingual, selon la technique du Professeur Cernéa.

Le problème du curage ganglionnaire paraît inutile étant donné le caractère exceptionnel des métastases ganglionnaires.

L'électro-coagulation a été utilisée par SIMS, KIRCH et MAC DONALD sans convaincre les auteurs puisque leur cas a récidivé dix mois après.

La Radiothérapie a été utilisée de nombreuses fois et l'accord semble fait entre les auteurs, REICH-STOUT et MURRAY SIMS et CALL-WISE - MAC CORMARCK - GALLIVAN - GEIL-LAIRE - PARRET et COLL.

Pour la réserver en cas d'excision chirurgicale incomplète

- en cas de récurrence
- en cas de foyers métastatique, notamment pulmonaires.

MUJAHED préconise l'irradiation post-opératoire des régions opérées.

Si l'action de la radiothérapie n'a pas convaincu comme moyen thérapeutique radical, les auteurs font état du bon effet des radiations sur les douleurs, ou sur l'arrêt de la croissance tumorale sur les cas traités primitivement ou sur leurs récurrences.

La chimiothérapie (antimitotiques-corticoïdes) n'a pas eu d'effet probant.

Problème des récurrences et des métastases.

Les récurrences locales sont à nouveau extirpées chirurgicalement, si possible - Quant aux métastases, le traitement le plus souvent palliatif, est confié au radiothérapeute.

MAC CORMACK et GALLIVAN font état de deux observations avec métastases pulmonaires traitées chirurgicalement avec succès, mais sans qu'ils fassent état du délai d'évolution post-opératoire.

CONCLUSIONS

L'hémangiopéricytome est une tumeur rare, déroutante par sa clinique, ses localisations. Son diagnostic est impossible cliniquement et il est toujours le fait de l'histologiste.

Nous avons voulu faire une revue des localisations stomatologiques, à propos d'un cas d'hémangiopéricytome de la voûte palatine récemment observé dans le service du Docteur Cernéa.

- 1°) Les localisations stomatologiques représentent environ 5% des cas d'hémangiopéricytomes publiés.
- 2°) D'une façon générale, le pronostic est très difficile à fixer même pour l'histologiste : seuls 2 caractères permettent une orientation pronostique ; l'âge et la topographie tumorale.
- 3°) Les localisations stomatologiques bénéficient
 - de leur diagnostic précoce, ce sont des tumeurs visibles
 - de leur siège relativement superficiel
 - de leur exérèse large plus facile à réaliser pour des tumeurs accessibles et de petit volume.
- 4°) Dans 20% des cas, ces formes sont susceptibles d'une malignité locale ou générale, d'où l'intérêt évident de leur diagnostic.
- 5°) Le diagnostic est difficile étant donné l'aspect si peu caractéristique de cette tumeur et le petit nombre d'observations rapportées jusqu'à ce jour.
- 6°) Le traitement relève essentiellement de l'exérèse chirurgicale complétée dans certains cas par la radiothérapie.

Vu, le Président de Thèse : Vu, le Doyen de la Faculté
Pr. M. DECHAUME Pr. G. CORDIER

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

se rapportant plus spécialement aux
HEMANGIOPERICYTOMES CEPHALIQUES

ANDERSON

Benign intra oral Hemangiopericytoma
Oral Surgery - August 61, 10, 18

ANDRE, RENAULT, FREYSS

Hémangiopéricytome méta-pharyngé
Annales O.R.L. Avril-Mai 62, 277

BEGG Ch. F. et GARRET R.

Hemangiopericytoma occuring in the meninges.
Case report - Cancer 1954 - 7 - N°4 - 602-606

CAMAIN R. & QUENUM C.

A propos d'un cas d'hémangiopéricytome
Med. Afri. Noire, 1er au 15 Novembre 1959,
6, n° 21 - 490-492, 7 clichés (Bibliogr.)

DIAS da COSTA P., BRAGA DIAS L. & TUFIK SIMAOA

Un cas d'hémangiopéricytome de STOUT & MURRAY
(primitif de la région cervicale)
Hospital, Janv. 1962, 61 n°1, 53-61 (Bibliogr.)
résumé français

DINGMAN R. O.

Hémangiopéricytome. Relation de 2 cas.
Plast. Reconstr. Surg. Mai 1958, 21, n°5
393-398 (Bibliogr.)

FALLERT M.

Das hämangioperizytom von Stout (rapport de 3 cas
et revue de la littérature)
Arch. Für Kreislauff, avr. 1963, 40, n°1-2
1-35, 23 figures (Bibliogr.)

FOX S.A.

L'Hémangiopéricytome de l'orbite
Am. J. Ophth. - déc. 1955, 40 - n° 6 - 786-789)
(Bibliogr.)

FRANCOIS J. et HANSSENS M.

Hémangiopéricytome de l'orbite
Arch. Ophth. - mars 1962, 22, n° 2 - 157

GOODMAN S.A.

Hémangiopéricytome de l'orbite
Am. J. Ophth. - août 1955, 40 - 237-243 - 6 fig.
(Bibliogr.)

GUILMOTO, MOLARET et CAPDEVILLE

Unetumeur rare de la langue : l'hémangiopéricytome
Revue de Stomatologie - 6 juin 61 - 62 - 6.

GORLIN et CHAUDHRY

Benign Hemangiopericytoma of dog lip.
Oral Surgery - 1957 - 10 (4) - 422-425.

KAUFFMAN S.L. et STOUT A.P.

Hémangiopéricytome chez l'enfant.
Cancer - Juil. Août 1960 - 13 - n° 4 - 695
710, 14 fig. (Bibliogr.)

MARTIN J.F., FEROLDI J. et CABANNE F.

L'Hémangiopéricytome - Rapport de 2 cas et revue
générale.
Bull. Ass. Franç. Et. Cancer 18 Janv. 1955, 42 -
n° 1 - 112-136, 10 fig. (Bibliogr.)

MULLIGAN

Hemangiopericytoma of the dog
A.J. of path. 1955 - 773-789/

PINET F. et COLL.

Une tumeur peu radiosensible des parties molles que
reconnaît l'angiographie : l'Hémangiopéricytome
J. Radiol. Electrol. - Oct. 1962, 43 - n° 10,
614-616.

PINEL

Hémangiopéricytome à double localisation :
fosses nasales et oropharynx
Annales O.R.L. - Juin 62 - 446.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA et TERAPIA
(NAPOLI)

31 Janv. 58 - 63-72.

STOUT A.P.

Hemangiopericytoma, A study of twenty-five new cases.

Cancer - 1949, 2, n° 6 - 1027-1054.

STOUT A.P., MURRAY M.R.

Hémangiopéricytomes - Tumeurs vasculaires
ayant les triats des péricytes de Zimmerman.
Ann. of Surg. - July 1942, 116 - n° 1 - 26-33.

STOUT

Tumors of soft tissues - Mid-year Symposium.
Washington 1956 - American Academy of oral pathology.

SMALL, HERBERT, BLOOM

Hemangiopericytoma of the sublingual - fossa.
J. of oral surgery. July 59 - 17 - n° 4
65-67-68-69.

SIRTORI-LEONARDELLI

Les néoplasies des tissus régulateurs de l'extrémité
céphalique (considérations anat. cliniques sur 22
observations).
Annales d'oto-laryngologie 1958. 75 (6) 409.

TERRACAL - GUERINICI

Le syndrome tumoral du glomus jugulaire
Presse médicale 1951 - 60 - 360.

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

ACKERMANN L. V.

Hemangiopericytoma of retroperitoneal Space,
in Warren S. Tumor
Seminal J., Missouri State Med. Assoc.
Mai 1948 - 45 - 380-382.

ANDERSON F.

Benign intraoral Hemangiopericytoma
Oral Surgery - August 61 - 1018.

ANDRE, RENAULT, FREYSS

Hémangiopéricytome métapharyngé
Annales O.R.L. - Mai 62 - 277.

AUGER (C.)

Les léiomyomes d'origine vasculaire de la peau
et des muqueuses.
Laval médical - Sept. 1951 - 16, n° 7 - 905-915.

AULT G. W., SMITH R. S. et CASTRO A. F.

Hemangiopericytoma of the Sigmoid colon; Case report.
Surgery, 1951, 30 - n° 6, 523-527.

BACON H. E., SCHERMAN L. F. et CAMPBELL W. N.

Hemangiopericytoma - An unusual extrarectal tumor
Minnesota Med. - 1950, 33, n° 7 - 683-693.

BADON A. et BONNEAU H.

Un cas d'Hémangiopéricytome de l'estomac
Arch. Mal. APP. dig., Déc. 1960 - 49 - n° 12
1750-1753.

BAZEX, DUPRE et PARANT

Hémangiopéricytome
Bull. Soc. Franç. Derm. - Mars-Av. 1956,
n° 2 - 216-217.

BAZEX A., DUPRE A. et PARANT M.

Hémangiopéricytome cutané congénital
Bull. Soc. Franç. Derm. - Nov. Déc. 1960
67, n° 5 - 992-994.

BEGG Ch. F. et GARRET R.

Hemangiopericytoma occuring in the meninges
Case report - Cancer - 1954, 7, n° 4 - 602-606.

BERDJIS Ch. C.

Transplantable and metastasizing Hemangiopericytoma in the rat. Comments on the morphological aspects of the pericytic cells.
Oncologia - 1957 - 10 - p. 336.

BERTAGALLI

Archivio It. di tologia
Sep. Oct. 1959.

BOTTE

L'Hémangiopéricytome de Stout et Murray
Thèse Paris 1958.

CAMAIN R. et QUENUM C.

A propos d'un cas d'Hémangiopéricytome
Med. Afr. Noire - 1er au 15 Nov. 1959 - 6 -
n° 21 - 490-492 - 7 clichés (Bibliogr.)

CAVILLAC J.

L'Hémangiopéricytome de Stout et Murray
Thèse - Paris 1959.

CERNEA, CREPY, GRIGNON, BENOIST

Angiomes de la langue
Revue de Stomatologie - Juillet 1955, 56, n° 530-535.

CHOME J. et GRILLET L.

L'Hémangiopéricytome du membre supérieur.
Bull. Ass. Franç. Et. Cancer - Oct.-Déc. 1960 -
51 - n° 4 - 565-569.

CHOMETTE G. et SIMARD C.

Les Hémangiopéricytomes de Stout.
Arch. Anat. path. (Suppl. Sem. Hôp. Paris)
Mars 1961 - 9 - n° 1 - A 17-A 33 (Bibliogr.).

CLARKE, R. et CLARKE, L.

Microscopic observation on the extra-endothelial cells of living mammalian blood Vessels
Am. J. of. Anat. 1940 - 1-44.

COHEN N., YESNER R. et SPIRO H. M.

Polype fibroïde inflammatoire (hémangiopéricytome)
de l'estomac : rapport d'un cas.

Am. J. Dig. Dis., Juil. 59 - 4 - n° 7 - 549-555.

COLE H. N., REAGAN J. W. et LUND H. Z.

L'Hémangiopéricytome

Arch. of Derm. - oct. 1955, 72, n° 4 - 328, 334

(Bibliogr.)

COSTE F., URO J. et GUILAINE J.

L'Hémangiopéricytome de Stout et Murray

Presse méd., 25 Déc. - 66 - n° 91 - 2029 - 2030

(Bibliogr.)

DECHAUME M., METZGER, FISCHGOLD, GRELLET,
MARC, VIZIOZ

Angiome de la langue

Revue de Stomato - Oct. Nov. 1956-57, 644-647.

DEROM, SEBREUYNs, de GROODT et LAGASSE

Formes de passage entre péricytes et cellules
musculaires lisses vues au microscope électronique.

Path. Biol. 6 - 1 - 2 - 57 - 38 (1958)

DIAS DA COSTA P., BRAGA DIAS L. et TUFIK SIMAO A.

Hospital, Janv. 1962, 61, n° 1 - 53-61 (Résumé
français).

DIAS DA COSTA P., BRAGA DIAS L. et TUFIK SIMAO A.

Hémangiopéricytome de Stout et Murray

Presse méd. 21 - Av. 1962 - 70 - n° 19 - 931-933.

DINGMAN R. O.

Hémangiopéricytome - Relation de 2 cas.

Plast. Reconstr. Surg., Mai 1958 - 21 - n° 5
393-398.

FALLERT M.

Das Hämangioperizitom von Stout (rapport de 3 cas
et revue de la littérature)

Arch. für Kreislaufbenson, Av. 1963 - 40 - n° 1-2,
1 - 35, 23 fig.

FARBERT M., SANDLER M. et MACKLES A.

Hémangiopéricytome de l'estomac

Gastroenterology, Sept. 1957, 33, n° 3 - 503-508

(Bibliogr.)

FERGESON J.O., CLAGETT O.T. et Mc.DONALD J.R.

Hemangiopericytoma (glomus tumor) of the media-
stinum.

Review of the litterature and report of case -
Surgery - 1954, 36 - n° 2 - 320-326.

FILHO A.P.

Hémangiopéricytomes

Rev. Brasil Cir. Oct. 1957 - 34 - n° 4, 358-360
(Bibliogr.)

FINK H.E. jr, OBERMAN H.A.

Hemangioendothelial cell, Sarcoma and Hemangio-
pericytoma

Amer. J. of Ra. Janu. 63 - 155.

FISCHER J.H.

Hémangiopéricytome

Revue de 20 cas - Canad. Med. Ass. J. 1960 -
38 - 1136-1139.

FISCHER, CONOD

Med. assoc. Journ. 26 Nov. 1960, 1136 ?

FISCHER & KAUFMAN et MASON

Hémangiopéricytome, études histologiques de
culture de tissus

Am. J. Path., juil. août 1952 - 28 - n° 4 - 653-663.

FORRESTIER J.S. et HOUSTON R.A.

Hémangiopéricytome avec des métastases : relation
d'un cas avec une autopsie ^α

Arch. Path., Juin 1951, n° 6 - 651-657.

FOX S.A.

L'Hémangiopéricytome de l'orbite

Am. J. Ophth., Déc. 1955 - n° 6, 786-789.

FRANCOIS J. et HANSSENS M.

Hémangiopéricytome de l'orbite

Arch. Ophth. Mars 1962 - 22 - n° 2 - 157

FRIEDMAN M. et EGAN J.W.

L'irradiation de l'Hémangiopéricitome de Stout.

Radiology - Mai 1960, 74, n° 5 - 721-730, 9 fig.

GUILMOTO, MOLARET et CAPDEVIELLE

Une tumeur rare de la langue : l'Hémangiopéricytome
revue de Stomatologie - 6 juin 1961 - 62-6.

GOODMAN S.A.

Hémangiopéricytome de l'orbite
Am. J. Ophth. - Août 1955, 40, n° 2, 237-243,
6 fig. (Bibliogr.)

GORLIN et CHAUDRY

Benign Hemangiopericytoma of dog lip.
Oral surgery 1957 - 10 (4) 422-425.

HESS H. et DAUM R.

Contribution au problème de l'hémangiopéricytome
Langenbecks Arch. Klin. Chir. 1960, 294 n° 1 - 75.

KAPLAN E.B.

Hemangiopericytoma of the hand.
Bull. hosp. Joint Disp., 10, 69, Ap. 1949.

KAUFFMAN S.L. et STOUT A.P.

Hémangiopéricytome chez l'enfant
Cancer, Juill.-août 1960, 13, n° 4, 695-710 - 14 fig.

KAY S. et WARTHEN H.J.

Hemangiopericytoma of the rectum
Cancer, 1953, 6, n° 1 - 167-169.

KENNEDY J.C. et FISCHER J.H.

L'Hémangiopéricytome : ses manifestations orthopé-
diques - J. Bone Joint Surg., février 1960, 42 - B,
n° 1; 80-85, 11 fig.

KENT K.M.

Hemangiopericytoma, report of a case with special
reference to Roentgentherapy
Am.J. of Rad. 1957, 77 - 348-356.

LE CLUYSE R.

Hémangipéricytome de l'estomac.
Acta gastro-enterol belge - Oct. 1961 - 24 - n° 10
583-585.

LIARAS et LAFFARGUE

Un cas d'Hémangiopéricytome de la paroi gastrique
Discussion nosologique : le réticulo-péricytome
hémangiopéricytaire.
Mem. Acad. Chir., 7 mars 1956, 82, n° 8-9,
262, 6 fig. (Bibliogr.)

LIARAS H. et LAFFARGUE P.

Volumineuse tumeur Kystique de l'estomac
(l'Hémangiopéricytome de la paroi gastrique)
discussion nosologique - Afrique franç. chir.,
mars-avr. 1956, 14, n° 2, 117-120 (Bibliogr.)

LIEVRE J.A. et LIEVRE J.A. (Mme)

Hémangiopéricytome de l'os

Rev. Rhumat. févr. 1957, 24, 101-110 (Bibliogr.)

Mc CORMACK L.V. et GALLIVAN W.F.

Hémangiopéricytoma

Cancer, 1954, 7, n° 3 - 595-601.

MAJNARICH G. et STOUT A.P.

Hémangiopéricytome du ligament falciforme du foie

Am. J. Surg., nov. 1960, 100, n° 5 - 740-743.

MARCIAL - ROJAS R.A.

L'Hémangiopéricytome primaire de l'os

Révue de la littérature et relation du 1er cas présentant des métastases

Cancer, mars av. 1960, 13, n° 2, 308-311 (Bibliogr.)

MARTIN J.F., FERROLDI J. et CABANNE

L'Hémangiopéricytome. Rapport de 2 cas et revue générale.

Bull. Ass. Franç. et Cancer, 18 janv. 1955, 42, n° 1; 112-136, 10 fig.

MASSON

Tumeurs humaines

Histologie - Maloine 1956.

MASSON

Le glomus neuro-myo-artériel des régions tactiles et ses tumeurs

Lyon chirurgical 1924 - 21 - 257.

MASSON et GUY

Les tumeurs glomiques sous-cutanées en dehors des doigts.

Annales Ana-Path. 4 - 153 - 1297.

MICHAELS L. et LANGLEY F.A.

Tumeurs du mésenchyme utérin ressemblant à

l'Hémangiopéricytome

J. Obst. Gyn. Brit. Amp., 1957, 64, n° 4, 561-565.

MUJAHED Z., VASILAS A. et EVANS J.A.

L'Hémangiopéricytome : relation de 4 cas et revue de la littérature.

Am. J. Roentgenol., oct. 1959, 82, n° 4, 658, 666.

MULLIGAN

Hemangiopericytoma of dog lip

Anat. J. of path. 1955 - 773 - 789.

STOUT.

Tumors of soft tissues - Mid - year symposium - Washington 1956 - American Academy of oral Pathology.

TEMIME P.

Maladie de Kaposi - Revue du Praticien Sept. 63

TERRACAL et GUERINICI.

Le syndrome tumoral du glomus jugulaire - Presse médicale 1951 - 60 - 360.

VAN DER VOORT G.

L'hémangiopéricytome gastrique. Tumeur subissant souvent une transformation maligne - Acta chir. belg., nov. 1960, 59, n°8, 755 - 761.

WISE R.A.

Hemangiopericytoma surgical consideration - Arch. Surg., Juil. 1952, 65, n° 1, 201 - 210, 8 fig.

ZIMMERMANN K. W.

Der feinere Bau der Blutcapillaren Z.F. anat. und Entnisklungsgs. 1923 - 29 - 109.

ooOoo



• 8 RUE DANTE • PARIS V •